

Винахід відноситься до медицини і може бути використаний для діагностики стану імунітету при захворюваннях у різних галузях медицини.

Визначення імуноглобуліну А у слині, слюзі та інших секретах організму використовується досить давно для оцінки стану місцевого гуморального імунітету (Ю.А. Гриневіч та співавт., 1978). Однак, в оцінці стану системного імунітету, цей показник майже не враховується та відноситься до другорядних параметрів (Г.Н. Драник. 1999).

Найбільш близьким по суті (прототипом) є спосіб діагностики стану системного імунітету за рівнем сироваткових імуноглобулінів різних класів, при цьому загальне зниження всіх імуноглобулінів сироватки <6-7г/л вважається підставою для визначення наявності імунодефіциту (Л.И. Чернишова та співавт., 1998; Poul, 1987). Головною недоліком цього підходу можна вважати низьку чутливість даного методу визначення та високу інертність у зміні кількісного складу окремих імуноглобулінів.

Винахід спрямований на обґрунтування на створення нового засобу діагностики вторинного імунодефіциту на новому підґрунті, при якому вірогідність визначення відхилень у стані інших параметрів імунітету є досить високою

Завданням винаходу є створення більш простого та вірогідного засобу швидкої діагностики стану системи імунітету з одночасним визначенням місцевої та системної ланок імунітету.

Поставлене завдання реалізується завдяки тому, що в способі діагностики вторинного імунодефіциту шляхом визначення імуноглобулінів в секретах слизових оболонок, згідно винаходу, визначають кількість секреторної та сироваткової форм імуноглобуліну А та імуноглобуліну G і при зниженні показників вмісту секреторного імуноглобуліну А на 50% та більше і при зростанні вмісту сироваткового імуноглобуліну А на 100% і імуноглобуліну G на 50% діагностують вторинний імунодефіцит.

Відмінними ознаками способу є те, що стан імунітету оцінюється за визначенням секреторної та сироваткової форм імуноглобулінів класу А, та імуноглобуліну класу G у секретах. Зниження секреторного імуноглобуліну А з одночасним підвищенням сироваткового імуноглобуліну А та імуноглобуліну класу G дає підставу для діагнозу вторинний імунодефіцит.

Практичне застосування даного способу наводиться у прикладі та клініко-імунологічному обґрунтуванні даного засобу. У хворого Н., 16 років, що хворіє на протязі останніх 5 років на хронічний декомпенсований тонзиліт (рецидиви ангін 3-5 разів на рік) було визначено відхилення у кількості Т-лімфоцитів та їх функціональної активності, зниження рівня фагоцитарної активності нейтрофілів крові. Відхилень у рівні В-лімфоцитів та вмісту сироваткових імуноглобулінів різних класів не визначено. В одночас з цим у ротоглотковому секреті цього хворого було встановлено дворазове проти норми зниження рівня секреторного імуноглобуліну А, та підвищення вмісту сироваткового імуноглобуліну А на 50%, та імуноглобуліну G на 100%. Аналіз 150 імунограм зроблених у хворих на хронічні запальні захворювання ЛОР-органів (див. таблицю) довів, що відхилення в рівні вмісту імуноглобулінів у секретах сягають 70%, тоді як кількісні та функціональні показники у крові лише 20-40% (максимальне значення).

Таблиця

Відносна кількість (%) виявлення випадків агамаглобулінемії, селективного дефіциту IgA, сивороточної гіпоглобулінемії та пониженого рівня секреторного імуноглобуліна А у хворих на хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів

Захворювання	Агамаглобулінемія	Селективний імунодефіцит IgA	Гіпоглобулінемія	Зниження SIgA, слина/сльоза
Тонзиліт	0	0,9	13,6*	55,2*/44,8*
Аденоїдит	0	0	11,3*	70,0*/62,1*
Синусити	0	0	17,1*	64,5*/-
Отити	0	1,7	14,0*	59,3*/32,5*
Фарингіт	0	0	8,9*	68,8*/55,5*